令和　　年　　月　　日

鹿児島県母子寡婦福祉連合会理事長　殿

ひとり親家庭等日常生活支援対象家庭登録申請書

　家庭生活支援員の派遣対象世帯として登録下さるよう申請します。なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　書 | 住所 | 龍郷町 |
| 氏名 | ㊞　電話（　　　-　　　-　　　） |
| 勤務先等の所在地及び名称 | 電話（　　　-　　　-　　　） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　　才） |
| 日常生活支援員の派遣を必要とする理由 | １　申請者本人が支援を要する２　同居の児童が支援を要する３　同居の祖父母が支援を要する４　そのた（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家 族 の 状 況 | 氏　　名 | 申請人との続柄 | 生年月日 | 児童・生徒の学校名・学年 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |